

Datum: 25 september 2026

**Betreft: Capaciteitsverlies medische kindzorg: verzoek om regie op korte termijn en structurele maatregelen**

Aan: Mevrouw drs. W.R.C. Sterk, minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport  
Cc: Directie Curatieve Zorg, Directie Langdurige Zorg en Directie Patiënt en Zorgordening,  
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Geachte minister,

Namens Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg vragen wij uw dringende aandacht voor de duurzame borging van respijtzorg (logeren en verblijf), ziekenhuisverplaatste zorg en levenseindezorg voor complex en palliatief zieke kinderen, jongeren en jongvolwassenen, door middel van een structurele kostendekkende bekostiging. In de afgelopen periode is duidelijk geworden dat het huidige model geen oplossing is voor deze borging.

Na de sluiting van vijf verpleegkundig Kinderzorghuizen sinds november 2025 (Villa Vivre, de vier locaties van Villa ExpertCare (VEC) en de Groene Burcht in 2022), sluit per 1 januari 2027 ook een gespecialiseerde dagopvang met logeermogelijkheid voor kinderen met een complexe medische kindzorgvraag. Daardoor komen de beschikbaarheid en continuïteit van zorg voor deze kinderen en hun gezinnen verder onder druk. Meer dan de helft van het totale zorgaanbod op het gebied van respijtzorg, logeren en ziekenhuisverplaatste zorg voor ernstig zieke kinderen is in het tijdsbestek van één jaar verdwenen. De afname van het zorgaanbod raakt kinderen die medische kindzorg en palliatieve zorg ontvangen en hun gezinnen direct. De mogelijkheden voor passende zorg en tijdelijk verblijf voor deze doelgroep worden steeds kleiner. De landelijke norm voor beschikbaarheid van deze zorg binnen één uur reisafstand is niet meer haalbaar.

Wij hebben de kwetsbaarheid van de verpleegkundig kindzorghuizen en de verpleegkundige kinderdagopvang eerder onder de aandacht gebracht<sup>1</sup> van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), uw ministerie en de vaste Kamercommissie voor VWS. Tot op heden heeft dat niet geleid tot maatregelen die de beschikbaarheid van passende plekken structureel borgen. Wij vragen u daarom nu de regie te nemen. Welke oplossingsrichtingen noodzakelijk zijn, lichten wij hieronder toe.

## Een structureel probleem

Wanneer een voorziening sluit, is telkens een noodverband nodig om de zorg op te vangen. Professionals, ouders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders leveren daarbij grote inspanningen. Toch blijft dezelfde noodsituatie terugkeren. Er is daarom geen sprake van een reeks op zichzelf staande organisatieproblemen, maar van een structureel tekort aan geborgde plekken voor kinderen met een complexe medische en palliatieve zorgvraag.

---

<sup>1</sup> Zie: [Overzicht van verstuurd brieven](#)

Het onderliggende probleem is het ontbreken van toereikende en bestendige financiering. Maatregelen voor de kinderen die nu een plek nodig hebben, moeten daarom samengaan met een concreet plan voor de structurele financiering en beschikbaarheid van deze zorg. Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en PZNL hebben recentelijk onderzoek laten uitvoeren<sup>2</sup> dat inzicht geeft in de onderliggende oorzaken die tot de sluitingen leiden. De resultaten zijn gedeeld in de Stuurgroep NPPZ II Kind en Jongere, het vervolgtraject is vastgesteld en inmiddels gestart.

## Maatregelen die niet langer kunnen wachten

De acute nood van gezinnen die nu een passende plek zoeken, moet vanzelfsprekend als eerste worden opgelost. Tegelijkertijd melden onze leden dat de kosten verbonden aan de oplossingen die zij voor de kinderen in het kader van 'Project Herberg' hebben gerealiseerd, onvoldoende worden vergoed. De huidige noodoplossingen veroorzaken nieuwe financiële en capaciteitsproblemen. Kinderen verblijven onnodig lang in het ziekenhuis. De hele zorgketen loopt vast. En nieuwe kansrijke initiatieven kunnen niet starten omdat de bekostiging niet sluitend is.

Er is geen passende bekostiging. De toegepaste tarieven en contracten zijn gebaseerd op niet-passende uitgangspunten. Het geld bestaat al wel in het landelijk zorgbudget, maar het stelsel laat het niet op de goede plek landen. Verzekeraars en de NZa houden zich aan de bestaande betaaltitels en zitten vast in het huidige systeemdenken: binnen hun sturing hebben zij geen prikkel of handvat om een gerichte en duurzame oplossing te bieden.<sup>3</sup>

Wij vragen u daarom onderstaande maatregelen vast te stellen, verantwoordelijken aan te wijzen en een tijdspad per maatregel mee te geven.

## Wat direct nodig is

- **Noodfinanciering.** Een aanwijzing van VWS om per direct, met terugwerkende kracht over heel 2026, extra overgangsmiddelen vrij te maken die het huidige financieringsprobleem ondervangen – totdat er een toekomst vast bekostigingsmodel is. Zo kan de schaarse bestaande capaciteit overeind blijven.
- **Tijdelijke tariefregeling.** Zorg voor een tijdelijke financiële regeling met een nieuw tarief dat geldt totdat een herziene kostprijs is ingevoerd, en laat zorgverzekeraars daarop contracteren.

## Binnen 6 maanden

- **Vroeg signalering en continuïteitsbeleid.** Borging dat signalen uit het veld over financiële problemen bij aanbieders van respijtzorg (logeren en verblijf), ziekenhuis verplaatste zorg en levenseindezorg tijdig worden opgevolgd, zodat interventie vóór sluiting mogelijk is in plaats van crisismanagement nadien met verdere krimp tot gevolg.
- **Toekomstvast bekostigingsmodel.** Opdracht voor de ontwikkeling van een toekomstvast, non-concurrentieel bekostigingsmodel op basis van noodzakelijke beschikbaarheid en

<sup>2</sup> Zie onderzoek [Rapport Overgang van 18- naar 18+](#)

<sup>3</sup> [Zie Position Paper](#)

verantwoorde bekostiging. Het ontwikkeltraject is al gestart binnen NPPZ II, met een vervolg in een programma 2027–2028 dat eind 2026 wordt vastgesteld. Wij vragen u dit traject te steunen en te gebruiken als basis voor een model voor de bredere medische kindzorg: verpleegkundige kinderdagopvang, verpleegkundige kindzorghuizen en medische kindzorg thuis. Borg daarvoor het vervolgprogramma en de verbreding naar de hele medische kindzorg, zodat er één structurele oplossing komt in plaats van een apart model per doelgroep.

## Lange termijnvisie

Verpleegkundige kinderdagopvang, verpleegkundige kindzorghuizen en medische kindzorg thuis raken meerdere domeinen: de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet en het sociaal domein. Een kind met een complexe medische (en palliatieve) zorgvraag heeft in dit stelsel geen eigen plek en beweegt tussen die domeinen. De bekostiging beweegt niet mee. Daar is een model voor nodig, en dat model is er nog niet. Betrek hierin ook de transitieleeftijd 18-/18+ om zorgterugval te voorkomen.

Eerdere pogingen om de bekostiging domeinoverstijgend in te richten zijn gestrand, onder meer langs de weg van cliëntprofielen en de Pilot Domeinoverstijgende Indiceren<sup>4</sup>. Dat is voor ons geen reden om de ambitie los te laten, maar wel om het anders aan te pakken. Wij verzoeken u gezamenlijk met alle belanghebbenden een visietraject te initiëren, waarin partijen vanuit de leerlessen uit eerdere trajecten tot een gezamenlijke visie voor een toekomstbestendig domeinoverstijgend bekostigingsmodel komen.

## Tot slot

BINKZ en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg vragen u met urgentie de benodigde maatregelen te nemen en het traject onder regie van uw ministerie met allen belanghebbenden vorm te geven.

De kinderen en gezinnen om wie het gaat, moeten de juiste zorg op de juiste plek kunnen krijgen, binnen de kwaliteitskaders en normen die daaraan ten grondslag liggen.

Wij zien uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Jeroen Crasborn



Voorzitter  
Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ)

Meggi Schuiling-Otten



Bestuurder  
Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg

<sup>4</sup> Zie: [Domein overstijgend indiceren](#)